

SOLICITAÇÃO DE FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO

NOME DO CASO: _____

NÚMERO DO CASO: _____

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____

NÚMERO DO FUNCIONÁRIO: _____

DATA: _____

Você solicitou Auxílio em Dinheiro (*CalWORKs*) Vale-Refeição Medi-Cal

Precisamos que você comprove se pode receber (*ou continuar recebendo*) auxílio em dinheiro ou outros benefícios. **Você deve apresentar esta prova para seu funcionário até _____.** Se você não puder receber essas informações até _____, envie-nos este formulário com qualquer prova que você **tenha**. Podemos ajudá-lo a obter a prova. Listamos as informações que você precisa abaixo.

Encerramento Data	Item	Pessoa	Programa	Marque (✓) se não for possível obter a prova e precisar de ajuda	Marque (✓) se já foi entregue nesta prova

Anexamos uma lista de itens que você pode usar como prova. Algumas vezes, podemos aceitar outra prova. Ligue para seu funcionário para se certificar.

Informe se você está com problemas para obter a prova. As informações do seu funcionário estão abaixo.

- Nós o ajudaremos a obter a prova.
- Se existir um custo para obter a prova, podemos pagar a taxa para você.
- Se você não puder obter a prova, então poderá assinar uma declaração juramentada.

Se você não nos fornecer *toda* a prova até _____:

- Envie-nos qualquer prova que você tenha; e
- Marque a caixa acima que diz “não é possível obter a prova e preciso de ajuda” para o que você não tem e entregue este formulário **ou** ligue para seu funcionário antes de _____.
- Podemos tentar obter a prova para você. Preencha o formulário anexado “Autorização para Liberação de Informações” e devolva-o para seu funcionário.

Se não recebermos a prova ou uma resposta sua até _____, podemos recusar, cortar ou interromper seus benefícios.

Você pode obter um recibo de qualquer prova que você nos apresente. Mantenha uma cópia deste formulário e de qualquer prova que você nos envie para seus registros ou solicite que o condado faça cópias para você.

Seus funcionários são:

TIPOS DE VERIFICAÇÃO/FONTES DE PROVA

Se você tiver outros tipos de prova não listados, ligue para o seu funcionário.

Nascimento/Cidadania

- Certidão de nascimento
- Passaporte
- Certificado de batismo (*com data e local de nascimento*)
- Declaração de testemunha de nascimento
- Certificados de nascimento originais para benefícios médicos

Rendimentos

- Holerites(s) mais recente(s)
- Carta do empregador
- Cópia do cheque de pensão alimentícia ou contracheque
- Carta de notificação de benefício (*Seguro social/ veteranos/desemprego/deficiência, etc.*)
- Formulários fiscais de profissional autônomo (*Plano IRS C, etc.*)
- Recibos de rendimento de profissional autônomo para despesas de trabalho
- Declarações de auxílio para subvenções escolares/ empréstimos/financeiro
- Formulário de declaração do patrocinador

Status de imigração (não cidadãos)

- Papéis/formulários/cartões de imigração (*cópia de ambos os lados*)
- Certificado de naturalização
- Outra prova de imigração (*USCIS*), como: autorização de trabalho, carta de decisão ou ordem judicial no seu caso, etc.

Propriedade/Recursos

- Registro do veículo
- Prova de empréstimos ou débitos/gravames na propriedade
- Declaração de propriedade conjunta
- Hipoteca(s) mais recente(s)
- Escritura de propriedade
- Extratos bancários mais recentes
- Apólices de seguro de vida, ações, títulos, IRAs (*Contas Individuais de Aposentadoria*)
- Extrato(s) da conta previdenciária mais recente(s)
- Formulário de declaração do patrocinador
- Quantias como processos e reivindicações de seguro
- Lotes/criptas em cemitérios

Outra prova

- Recibos de cuidados com crianças/dependentes
- Declaração de prestador de cuidados com crianças/ dependentes
- Recibos de despesas escolares
- Cheque/recibo cancelado de pagamentos de pensão
- Certificado de óbito, obituário, declaração de testemunha de falecimento
- Papéis de tribunal (*ordem de pensão*)

Identidade

- Carta de motorista ou cartão de identificação
- Identificação da foto (*de DMV, escola, etc.*)
- Passaporte
- Documentos do USCIS (*Serviço de Imigração e Cidadania dos EUA, antes INS*)

Relacionamento

- Papéis de tribunal (*divórcio, guarda, etc.*)
- Certificado de casamento
- Certificado de parceiro doméstico
- Certidão de nascimento

Custos com habitação e serviços públicos

- Contrato de aluguel ou recibos de aluguel
- Hipoteca
- Conta da residência
- Declaração de imposto sobre propriedade
- Contas de seguro da casa ou do inquilino
- Recibo de hotel/motel
- Cheques ou cópias cancelados
- Declaração explicando a disposição da habitação

Residência

- Um envelope ou cartão postal com carimbo postal endereçado para você
- Conta da residência
- Contrato de aluguel
- Conta ou outro(s) documento(s) com nome e endereço
- Carta de motorista ou cartão de identificação
- Aviso de despejo/aviso para pagar o aluguel ou deixar a residência

Despesas Médicas

- Contas ou recibos médicos
- Contas ou recibos de transporte médico
- Políticas e prêmios de seguro de vida ou convênio odontológico
- Cartão Medicare (*para Medi-Cal apenas*)

Verificação Médica

- Prova de gravidez do médico ou clínico, com data de vencimento esperada
- Declaração do médico ou deficiência financiada por uma agência (*SSA/SDI/VA, etc.*)
- Conta de farmácia

Registros de imunização (para crianças com menos de 6 anos de idade)

- Declaração de que imunizações são contra suas crenças
- Declaração do pai ou guardião com algum parentesco explicando por que não obter imunizações
- Declaração do médico de que imunizações não estão disponíveis
- Registro de vacina com carimbo

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Se você não puder obter a prova necessária, podemos tentar ajuda para você. Preencha este formulário e envie para seu funcionário até _____.

Se você tiver perguntas sobre este formulário ou precisar de ajuda com o preenchimento, consulte seu funcionário. Você também pode solicitar mais cópias para seu funcionário. Use um formulário "Autorização para Liberação de Informações" separado para cada pessoa.

Para: _____,

Eu, _____, em _____
(NOME DA IMPRESSÃO) (ENDEREÇO)

dou permissão para _____ para fornecer para _____
(NOME DA AGÊNCIA, INSTITUIÇÃO, PRESTADOR INDIVIDUAL) (DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS SOCIAIS DO CONDADO)
informações referentes a _____.

Esta permissão termina em _____, ou 60 dias da data assinada, se nenhuma data for listada.

(Preencha o formulário completamente antes de assinar.)

ASSINATURA DO CANDIDATO/PARTICIPANTE

DATA

SE ESTAS INFORMAÇÕES FOREM PARA UM MENOR, INFORME O RELACIONAMENTO COM O MESMO
